附件2

乐至县2021年考核招聘急需紧缺卫生专业技术人员

资格审查表

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | 性别 | |  | | 出生年月 |  | | | 贴  照  片  处 | | |
| 出生地 |  | 民族 | |  | | 政治面貌 |  | | |
| 毕业学校 |  | | | | | 所学专业 |  | | |
| 学 历 |  | 学位 | |  | | 学习类型 |  | | |
| 身 高 |  | 体重 | |  | | 健康状况 |  | | | 婚否 | |  |
| 户籍所在地（入学前户籍） | |  | | | | 通讯地址 |  | | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 获得过何种专业证书、  有何种特长 | |  | | | | | | | | | | |
| 报考单位 |  | | | | | | 报考专业 | | | |  | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | | | | | |
| 所受奖、  惩情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 是否存在失信情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员 | 姓 名 | | 关系  （称呼） | | 出生年月 | | 政治  面貌 | 工作单位及职务 | | | | |
|  | |  | |  | |  |  | | | | |
|  | |  | |  | |  |  | | | | |
|  | |  | |  | |  |  | | | | |
|  | |  | |  | |  |  | | | | |

聘用单位审查人（签字）： 聘用单位主管部门审查人（签字）：

说明：1、请应聘者认真阅读公告和此表后填写。应聘者隐瞒有关情况或者提供虚假材料的，主考机关有权取消应聘者的报考和聘用资格，所造成的一切损失由应聘者本人承担；2、请应聘者最好留下两种联系方式（手机和固定电话），并保持通讯畅通，通讯方式变更后主动告知主考机关。如因电话停机、关机或电话变更无法联系的，后果自负。